Ce questionnaire est **anonyme** et adressé exclusivement **aux femmes** avec au moins un enfant bénéficiant d’une aide de la MDPH (ex : PCH : prestation complémentaire du handicap ; AEEH : Aide éducation aux enfants handicapés) ou une aide de la CPAM (ex : ALD : Affection de longue durée).

Après avoir rempli ce questionnaire, merci de le remettre au CAMSP de votre/vos enfant(s) dans une enveloppe fermée ou de me l’envoyer à l’adresse suivante :

**MERLIN Pauline,**

**cabinet médical**

**22 rue du Ségala**

**12450 Luc-La-Primaube.**

1. ***Votre suivi médical***
2. Combien de fois avez-vous consulté votre médecin traitant au cours des 12 derniers mois ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Estimez-vous avoir renoncé à des soins médicaux au cours des 12 derniers mois ?

**Oui  Non**

1. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quelle en a/ont été la/les raison(s) ?

**Raisons financières**

**Manque de temps pour des raisons professionnelles**

**Manque de temps pour des raisons familiales**

**Délais de rendez-vous avec les médecins trop long**

**Vous avez préféré vous soigner seule et attendre que cela passe**

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisés ?

**Oui  Non**

1. Au cours de ces 12 derniers mois, un professionnel de santé a-t-il pris votre tension artérielle au moins une fois ?

**Oui  Non**

1. Etes-vous suivie pour l’une des pathologies chroniques suivantes ?

**Hypertension artérielle**

**Diabète**

**Hypercholestérolémie**

1. Sélectionnez le(s) spécialiste(s) que vous avez consulté au cours des 12 derniers mois :

**Ophtalmologue**

**Gynécologue**

**Psychiatre**

**Un médecin spécialiste (autre que l’ophtalmologue, le gynécologue, le psychiatre)**

1. Dans les 3 dernières années, avez-vous réalisé un frottis cervico-vaginal ?

**Oui  Non**

1. Dans les 2 dernières années, avez-vous réalisé une mammographie ?

**Oui  Non**

1. Dans les 2 dernières années, avez-vous réalisé un dépistage de sang occulte dans les selles ? (Dépistage du cancer du côlon et du rectum)

**Oui  Non**

1. Dans les 5 dernières années, avez-vous réalisé une coloscopie ?

**Oui  Non**

1. Dans les 5 dernières années, avez-vous réalisé un bilan de santé gratuit proposé par votre sécurité sociale ?

**Oui  Non**

1. Estimez-vous être à jour de votre vaccination ? (Diphtérie, tétanos, Poliomyélite = 25 ans (coqueluche), 45 ans, 65 ans, 75 ans)

Avez-vous consulté le service de santé au travail au cours des 12 derniers mois ?

**Oui  Non**

1. ***Vos habitudes de vie et votre état de santé***
2. Dans l’ensemble, pensez-vous que votre santé est :

**Excellente  Très bonne Bonne**

**Médiocre Mauvaise**

1. Selon vous, quel est l’impact de votre rôle d’aidante (aidante de votre enfant en situation de handicap) sur votre santé ?

**Pas important Peu important**

**Assez important  Important  Très important**

1. Selon vous, au cours des 12 derniers mois, combien de jours vous êtes -vous absentée du travail pour « garde enfant malade »

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Selon vous, au cours des 12 derniers mois, combien de jours vous êtes -vous absentée du travail pour des raisons médicales personnelles.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Fumer vous ? si oui, Combien de cigarettes consommez-vous par jour en moyenne ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique ?

**Plusieurs fois par semaine Plusieurs fois par mois**

**Parfois Jamais**

1. Votre frère ou père a-t-il été victime d’un problème cardiaque (ex : infarctus du myocarde) ou d’un AVC (accident vasculaire cérébral) avant l’âge de 50 ans ?

**Oui Non**

1. Votre sœur ou votre mère a-t-elle été victime d’un problème cardiaque ou d’un AVC avant l’âge de 60 ans ?

**Oui Non**

1. A quelle fréquence consommez-vous de l’alcool ?

**Tous les jours 4 à 6 fois par semaine 2 à 3 fois par semaine**

**2 à 4 fois par mois  Jamais**

1. ***Description sociodémographique***
2. Quel âge avez-vous ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Quelle est votre situation maritale ?

**Mariée En concubinage**

**En couple Divorcée/séparée du père de votre/vos enfant(s) Célibataire/enfant n’ayant qu’un parent**

1. Nombre d’enfants encore à charge :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Votre niveau d’étude :

Brevet des Collèges au Baccalauréat  Baccalauréat au bac+3

Bac+4 à bac+5  Bac+6 à Bac+10

1. Vous habitez :

**Une commune rurale Une agglomération urbaine de moins de 20 000 habitants**

**Une agglomération urbaine de plus de 20 000 habitants**

1. Quelle est votre situation professionnelle ?

**Temps plein Temps partiel**

**Vous avez travaillé mais ne travaillez plus (cessation d’activité, retraite)**

**Vous ne travaillez pas**

1. ***Votre/vos enfant(s)***
2. Nombre d’enfants reconnus bénéficiant de l’AEEH,PCH ou de l’ALD et encore à charge ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. L’âge de votre/vos enfant(s) en situation de handicap ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Quelles est sa déficience ? (plusieurs choix possibles)

**Autisme et trouble envahissant du développement Déficit moteur**

**Déficit intellectuel Trouble neurosensoriel (déficience visuelle et/ou auditive)  Psychique / psychiatrique**

**Déficience viscérale ou métabolique (rénale, urinaire, respiratoire, cardio-vasculaire, organes digestifs)**

**Autre**

1. Combien de temps, par jour, consacre-vous à vous occuper de votre enfant en situation de handicap ?

**Moins d’une heure Entre 1 à 2 heures Entre 2 à 4 heures**

**Entre 4 à 6 heures Entre 6 à 8 heures Plus de 8 heures**

**FIN**

N’hésitez pas à me laisser un commentaire ci-dessous :

|  |
| --- |
|  |

Mes remerciements les plus sincères pour avoir donné de votre temps pour participer à ce questionnaire.